Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL



COMUNICACIÓN DE LAS ENTIDADES DEL TERCER SECTOR, MEDIADORES SOCIALES DEL IMV, A EFECTOS DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL INGRESO MÍNIMO VITAL

(*) Los campos marcados con * son obligatorios

*Entidad social mediadora del Ingreso Mínimo Social	*Número de registro de entidad
*Trabajador/a social colegiado/a	*Número colegiado/a

*De conformidad con la disposición transitoria séptima, apartado primero, de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital, se certifica que la/s causa/s consignada/s en el certificado emitido con la siguiente fecha continúa/n vigente/s.

*Día *Mes *Año

*Análisis de la situación de convivencia de las siguientes personas empadronadas (Márquese la que proceda)

Causas (art. 21.9 y 10 Ley 19/2021)

- ☐ Empadronamiento en domicilio ficticio.
- ☐ Domicilio distinto al del empadronamiento.
- ☐ Prestación de servicio residencial de carácter temporal.
- ☐ Inexistencia de vínculos de parentesco con los que convive según lo previsto en el art.6.1 de la Ley 19/2021.
- ☐ Inexistencia de vínculos según lo previsto en el art. 6.1 entre todos o parte de los convivientes de la Ley 19/2021.
- ☐ Vivir de forma independiente en España (durante al menos 2 años si es menor de 30 años o durante 1 año si es mayor de 30 años) y acreditar que forma parte de una unidad de convivencia durante al menos los 6 meses anteriores a la presentación de la solicitud de forma continuada.
- ☐ Encontrarse en riesgo de exclusión social.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR IMV

*Primer apellido	*Segundo apellido		*Nombre
*DNI - NIE - pasaporte	*Fecha de nacimiento	*Sexo	*Estado Civil

2. DATOS DEL DOMICILIO ACTUAL

*Tipo de vía	*Nombre	*Núm.	*Código postal
*Provincia	* Municipio		

*Fecha desde	*Fecha hasta	*Tipo de Vivienda ☐ Alquiler ☐ Propiedad ☐ Otros:........	*Domicilio Ficticio SÍ ☐ NO ☐	*Domicilio Colectivo SÍ ☐ NO ☐

*Residencia en régimen temporal (solo cabe marcar casilla NO en los supuestos de violencia de género y trata de seres humanos) SÍ ☐ NO ☐

Le informamos que los datos personales serán tratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) con el fin de gestionar la prestación del ingreso mínimo vital, y serán incorporados en la actividad de tratamiento "INGRESO MÍNIMO VITAL". Puede ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, ante cualquier oficina del INSS o en la dirección de correo electrónico: consultas.inss-sscc.proteccion-de-datos@seg-social.es. Para más información consulte la política de protección de datos en la web: www.seg-social.es.
Los datos personales tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados, sin que puedan ser cedidos ni comunicados a terceros, salvo autorización legal.

.... , a .... de .... de 20 ....

* Representante de la Entidad del Tercer Sector de Acción Social

* Trabajador/a Social

20220602

C-150-A3 cas V.1